

Child sexual abuse (Pencabulan terhadap anak): Tinjauan klinis dan psikologis

Etty Indriati

Laboratorium Bioantropologi dan Peleoantropologi

Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

ABSTRACT

Etty Indriaty - *Child sexual abuse: clinical and psychological perspectives*

This article reviews the clinical and psychological effects of children who suffer sexual abuse. Child sexual abuse (CSA) is a forced sexual behavior toward a child, either from the opposite or same sex. The types of child sexual abuse include exhibitionism, *vouyerism*, kissing, fondling, *fellatio* and *cunnilingus*, sexual intercourse, and pornography. The psychological effects of child sexual abuse often last a long time, in the form of anger, anxiety, nightmares, insecure, confused, scared, sad, and behavioral change from good to bad. The clinical effects of child sexual abuse ranges from bleeding in the genital and anus, fissure on anus, enlargement of vaginal and anal openings, and thinning/damaged of the hymen in the vagina. The Indonesian law no. 290 mentions that sexual offender or perpetrator is to be jailed for at most 7 years. It is hoped this review can be used as a general reference for clinicians in obstetrics and gynecology as well as pediatrics, in diagnosing child sexual abuse. This diagnosis is important for helping the abused child to recover and as medical records for law enforcement.

Key words: child sexual abuse, clinical effects, psychological effects

ABSTRAK

Etty Indriaty - *Pencabulan terhadap anak : Tinjauan klinis dan psikologis*

Artikel ini meninjau efek klinis dan psikologis anak-anak yang menderita pencabulan, dan macam-macam pencabulan. Yang disebut pencabulan adalah pemaksaan perilaku seksual pada anak, baik dari lawan jenis atau sejenis. Macam pencabulan terdiri dari: *exhibitionism*, *vouyerism*, mencium dengan memasukkan lidah ke dalam mulut anak, *fondling*, *fellatio* dan *cunnilingus*, pornografi, dan memasukkan jari, benda atau genitalnya ke genital atau anus anak. Efek klinis pencabulan berkisar dari pendarahan pada genital dan anus, fisur pada anus, pembesaran liang vagina dan anus, dan penipisan/kerusakan *hymen* pada vagina. Efek psikologis pencabulan terhadap anak umumnya berjangka panjang, antara lain: kemarahan, kecemasan, mimpi buruk, rasa tak aman, kebingungan, ketakutan, kesedihan, dan perubahan perilaku baik menjadi buruk. Hukum di Indonesia menyatakan bahwa pencabul dikenakan hukuman penjara selamalamanya tujuh tahun (Pasal 290, KUHP). Tinjauan ini diharapkan dapat digunakan sebagai pedoman umum praktisi di bidang obstetrik dan ginekologi serta pediatri, dalam diagnosis pencabulan terhadap anak. Diagnosis ini penting untuk membantu penyembuhan anak korban CSA dan untuk laporan medis bagi penegakan hukum.

(*B.I.Ked. Vol. 33, No. 2: 111-119, 2001*)

Diancam dengan pidana penjara paling lama tujuh tahun:

"Barangsiapa melakukan perbuatan cabul dengan seorang padahal diketahuinya atau sepatutnya harus diduganya, bahwa umurnya belum lima belas tahun atau kalau umurnya tidak jelas, yang bersangkutan belum waktunya untuk dikawin"

Kitab Undang-Undang Hukum Pidana Republik Indonesia¹, Pasal 290(2)

PENGANTAR

Pencabulan telah lama ada dalam sejarah manusia, tetapi dalam dunia kedokteran hal ini relatif jarang dibahas dibanding topik lain. Masalah pencabulan sangat merugikan karena anak adalah jiwa dan sumber daya manusia yang sedang tumbuh dan berkembang, dan merupakan generasi masa depan. Ahli psikiatri pediatrik² melemparkan pertanyaan penting tentang intervensi/pengelolaan profesional terhadap *Child Sexual Abuse* (CSA): "Siapa yang terutama bertanggungjawab? Dokter anak, psikolog, psikiater, lembaga perlindungan dan pelayanan anak, polisi, atau jaksa wilayah?" Karena tugas dokter antara lain adalah "mengurangi penderitaan manusia dan memperpanjang usianya," selayaknya menjadi kewajiban kalangan medis untuk mengurangi penderitaan anak dengan lebih mendalam masalah pencabulan terhadap anak. Namun demikian, kerjasama antar-profesi yang dinyatakan² di atas sebaiknya dilakukan. Oleh sebab itu, intervensi pascatrauma CSA meliputi: evaluasi dan pengelolaan psikiatrik, perawatan medis, pemeriksaan rasa aman anak, dan keterlibatan penegak hukum².

Pencabul anak adalah psikopat, pedofil yang terangsang secara seksual pada anak, dan sangat berhati-hati dalam menyembunyikan perbuatannya³. Mereka menyusup ke dalam masyarakat dengan cara memberi kesan mereka orang baik-baik untuk mendapat kepercayaan orang dewasa untuk mengasuh anak-anak sebagai pengasuh, guru, pelatih olah raga, pelatih pramuka, pembersih rumah dan kebun, dan pekerjaan lain yang memungkinkan mereka mendapat waktu bersama anak³. Bila orang tua sudah mempercayai bahwa pencabul adalah orang baik, anak akan mengikuti persepsi orang tuanya, dan dari sinilah pencabulan berulang-ulang dilakukan yang selalu disertai dengan ancaman untuk merahasiakan serta kekerasan.

Pencabulan tidak terlintas dalam pikiran orang-orang normal. Oleh sebab itu usaha preventif sulit dilakukan. *The Right Touch*³, *Protect Your Child from Sexual Abuse*⁴, dan *The Safe Child Book*⁵ adalah contoh buku-buku yang sangat bermanfaat dibacakan pada anak untuk mencegah pencabulan. Sebagian besar kasus pencabulan tidak pernah diketahui, dan kisahnya muncul melalui cerita korban pencabulan yang telah dewasa yang menjalani

terapi dengan psikolog dan psikiater^{7,8,9,10}. Berbagai literatur melaporkan bahwa tidak ada anak berani menceritakan pencabulan kepada orang tuanya, selain karena anak belum tahu nilai sosial aktivitas seksual, anak di bawah ancaman fisik dan psikis oleh pencabul untuk merahasiakannya^{11,12,13,14}. Pencabulan anak umumnya diketahui bila pencabul tertangkap basah^{11,12,13,14}. Pendekatan stereotipikal yang digunakan pencabul adalah: menunjukkan kebaikan yang berlebihan, menyembunyikan dengan rapi sifat egoisnya, pembohong ulung (tidak punya integritas), dan perilaku sehari-hari biasa/normal^{3,15}. Pencabul kronis pandai mencuri kesempatan pada waktu tidak ada orang lain, menipu anak dengan merayu serta membujuk akan memberi hadiah, mencabuli anak pada waktu anak tidur siang (orang tua sedang bekerja), mencabuli seolah-olah aktivitas seksual adalah permainan, dan mengancam anak supaya tidak menyampaikan kepada orang tuanya.^{3,6,11,13} Tahapan perilaku pencabul anak adalah: terangsang secara seksual pada anak, meyakinkan diri bahwa ketertarikan seksual pada anak tersebut normal, pendekatan kepada orang tua dan masyarakat sekitar supaya dipercaya sebagai orang baik dan diberi kesempatan untuk bersama anak, dan pendekatan kepada anak.³

Secara statistik, mayoritas pencabul berkisar dari usia 18-45 tahun, dengan frekwensi tertinggi pencabul adalah usia 18-25 tahun⁷. Persentase pencabul pria mencabuli anak perempuan adalah 97,5%, pencabul pria mencabuli anak laki-laki adalah 78,7%, dan pencabul perempuan mencabuli anak perempuan merupakan minoritas karena banyak kasus tidak dilaporkan. Pencabul laki-laki membutuhkan kontak seksual yang eksplisit, tetapi tidak mampu untuk mempertahankan hubungan seksual yang stabil dan berlanjut dengan partnernya sendiri.¹⁶ Keabnormalan pencabul perempuan mencabuli anak perempuan acapkali mengundang reaksi naif bercampur sulit percaya bagi awam: "Kok bisa?, dan bagaimana melakukannya?" Penjelasan tentang tujuh macam pencabulan di bawah menjawab pertanyaan ini.

Data dari 8 sumber pustaka⁷ menyimpulkan persentase siapa pencabul adalah sebagai berikut: orang tua kandung (3.3%), orang tua tiri (2.7%), saudara kandung (4.5%), saudara sepupu, paman, dan lain-lain (18.3%), orang yang dikenal &

pengasuh (47.8%), dan orang tak dikenal (23.4%). Statistik ini menunjukkan betapa mayoritas pencabul justru orang yang dikenal dekat serta pengasuh anak sendiri.

Pencabulan pada anak (CSA) sangat buruk akibatnya karena anak belum waktunya diberi perlakuan aktivitas seksual, alat kelamin sekundernya belum berkembang, dan menimbulkan kebingungan, kemarahan, ketakutan, kesedihan, malu, dan bungkam karena diancam. Berbagai faktor ini meletakkan CSA sebagai pemicu utama yang mengarah ke psikopatologi jangka panjang. CSA juga menyebabkan perkembangan neuropsikologi anak dan hormon stress terganggu, panik, cemas, psikosomatik (pusing, sakit perut, dan otot), kepribadian ganda, dan kepribadian ambivalensi^{7,13,14,15,17,18}.

Di Amerika, baru pada tahun 1970an masalah CSA diangkat di kalangan profesional dan akademisi, namun baru tahun 1990an kesadaran akan efek negatif berjangka panjang pada anak dan perlunya perlindungan hak anak mendapat perhatian yang serius^{2,3,19}. Belum ada pengetahuan dan penelitian sistematis tentang efek negatif jangka panjang CSA pada anak-anak di Indonesia. Padahal, tidak jarang kita menyaksikan media massa (televisi dan surat kabar) melaporkan kasus pencabulan terhadap anak dan pengeblosan pencabul ke penjara. Namun demikian, pengelolaan korban hampir dikatakan tidak ada, atau kalau pun ada tidak memadai. Kurangnya perhatian dan pengetahuan untuk membantu orang tua mengelola anak korban pencabulan ini menyebabkan kerugian tidak saja diderita anak tetapi juga orang tua dan anggota keluarga. Artikel ini bertujuan meninjau efek klinis dan psikologis pencabulan pada anak dengan harapan pengetahuan ini bermanfaat sebagai rujukan literatur dalam diagnosis dan pengelolaan pencabulan anak.

MACAM-MACAM CHILD SEXUAL ABUSE

Yang disebut CSA adalah pemaksaan perilaku seksual pada anak dari orang yang lebih tua usianya, baik dari lawan jenis atau sejenis. Pemaksaan seksual terhadap anak ini umumnya dilakukan oleh orang yang paling tidak usianya 5 tahun lebih tua dari anak². Perbedaan usia ini berhubungan dengan adanya unsur-unsur pemaksaan, pembujukan, ancam-

an untuk merahasiakan, dominasi, penyuapan (dengan berbagai bentuk hadiah) dari yang lebih tua terhadap anak. Macam-macam perilaku seksual pada CSA diuraikan dalam TABEL 1²⁰:

TABEL 1.—Macam-macam *child sexual abuse*

1. *Exhibitionism*: orang dewasa dengan sengaja memamerkan alat genitalnya kepada anak.
2. *Voyeurism*: orang dewasa memandang anak berganti baju, mandi, atau ke kamar mandi, sampai anak merasa risih. Anak seringkali bisa merasakan risih dan malu.
3. Mencium: orang dewasa mencium anak dengan bernafsu, terutama pada mulut dan bahkan lidah orang dewasa tersebut dimasukkan ke dalam mulut anak.
4. *Fondling*: pencabul menyentuh, mengelus, atau meraba genital dan dada anak, atau menaruh tangan anak untuk menyentuh badannya. Menyentuh dan mengelus punggung, kepala anak atau bagian badan lain bisa dianggap pencabulan bila tujuannya untuk merangsang anak ke dalam situasi menuju perilaku seksual aktif.
5. *Fellatio* atau *cunnilingus*: orang dewasa memaksa anak untuk melakukan kontak mulut dan genital dengannya.
6. Senggama vagina atau anal: orang dewasa memasukkan jari, benda, atau penisnya ke dalam vagina atau dubur anak.
7. Pornografi: bila anak ditunjukkan materi yang menggambarkan dengan spesifik hubungan seksual antara orang dewasa dan anak, atau anak sebagai bagian dari situasi terjadi pencabulan, atau gambar-gambar pornografi atau film.

Dari ke tujuh macam pencabulan di atas, yang paling sering terjadi adalah kontak genital (poin 5 dan 6), mencapai 88% kasus². Mayoritas CSA terjadi di tempat yang familier bagi anak, yakni di rumahnya sendiri, atau di rumah pencabul yang mengasuhnya. Hanya 21% CSA terjadi dalam bentuk pencabulan sekali, 89% dilakukan oleh pencabul berulang-ulang, bahkan kalau tidak diketahui bisa mencapai waktu 5 tahun². Terbukanya kasus pencabulan (*disclosure*) diklasifikasikan menjadi 3 macam² (1) ketahuan oleh orang tua/anggota keluarga anak (*accidental*, tak sengaja); (2) keluar dalam bentuk kata-kata anak secara tidak sengaja pada waktu bicara dengan orang tuanya, atau menunjukkan aktivitas seksual (*purposeful*); dan (3) *ambivalens*—(antara ingin menghukum pencabul dan melapor atau malu serta mundur tidak jadi melapor). *Ambivalens* terjadi pada anak lebih tua dan remaja (7 tahun ke atas) yang sudah lebih menyadari rasa malu.

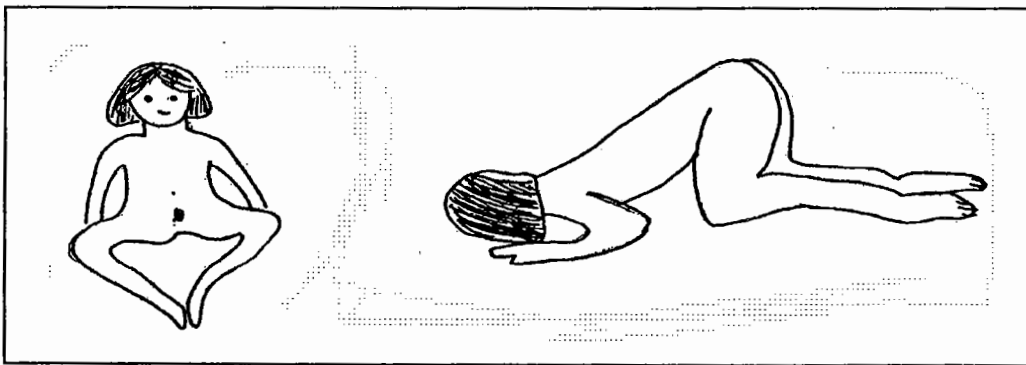
Pencabul sangat licik dalam memanipulasi ketidakberdayaan anak, sehingga perbuatannya berbulan-bulan atau bahkan bertahun-tahun tersimpan

rapat karena anak bungkam ketakutan diancam pencabul baik secara verbal maupun fisik untuk merahasiakan perbuatannya^{7,13,14,15,17,18}. Ancaman untuk merahasiakan ini merusak psikis anak karena pencabul menaruh anak dalam posisi pasif, menghilangkan integritas badan anak, meyakinkan anak agar merasa tidak berdaya, memberi nilai sosial yang salah, mendistorsi kognisi anak, dan menghilangkan kontrol anak atas dirinya sendiri. Ketakutan, rasa tertekan, marah, pertahanan diri, dan cemas adalah penyebab kebungkaman anak terhadap pencabulan. Hal ini yang sulit dimengerti orang dewasa—“Kenapa anak tidak berani bercerita?”. Secara umum, dapat dianalogikan bila orang dewasa diancam dengan kekerasan akan ketakutan, apalagi anak-anak.

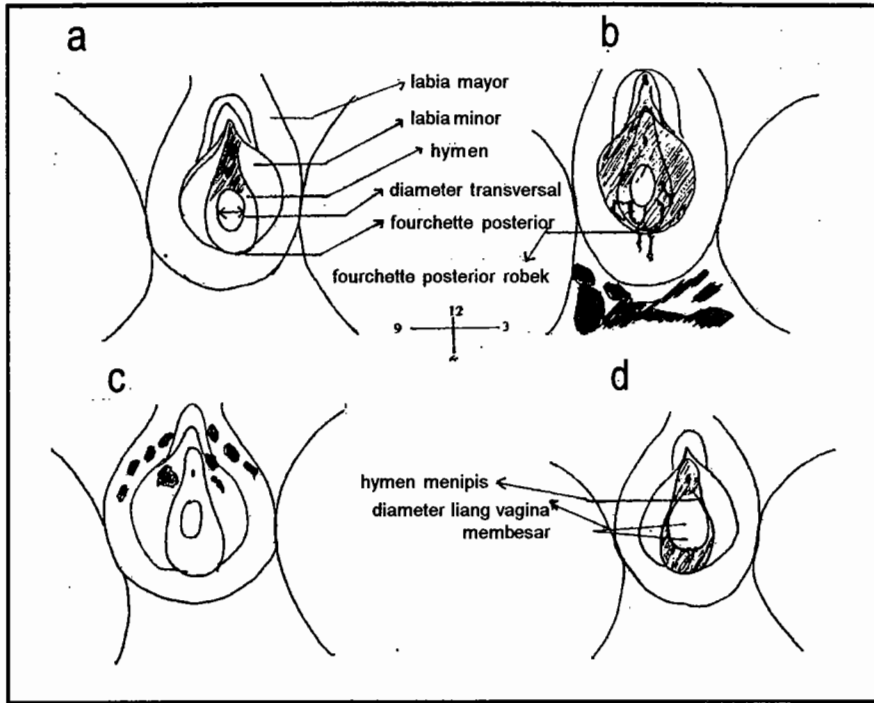
SIMTOM KLINIS CHILD SEXUAL ABUSE

Diagnosis CSA ditegakkan berdasarkan anamnesis, pengakuan anak, perilaku anak, laporan orang tua, dan hasil pemeriksaan klinis¹⁹. Pemeriksaan klinis biasanya meliputi pemeriksaan vagina dan anus serta bagian badan lainnya. Posisi anak pada waktu pemeriksaan vagina adalah *supine frog-leg* (GAMBAR 1a): anak tidur terlentang, tangan di samping badan, kedua paha membuka ke samping dan diletakkan di dipan, lutut agak ditekuk sehingga kedua telapak kaki bertemu di median¹⁹. Pemeriksaan anus dengan posisi *knee-chest position* (GAMBAR 1b): badan telungkup, tangan di samping, pantat diangkat ke udara tetapi lutut dan tungkai bawah diletakkan di atas dipan¹⁹.

Setiap anak perempuan yang lahir memiliki *hymen* (selaput dara)¹⁹. Terdapat beberapa variasi normal bentuk *hymen* prapubertal: *annular, crescentric, septate, ciribiform, dan fimbriated*¹⁹. Bila jaringan *hymen* tidak dapat ditemukan pada pemeriksaan, atau menipis atau hilang sebagian, diagnosis dapat ditegakkan bahwa penyebabnya adalah trauma. Masalahnya, trauma karena apa? Trauma yang disebabkan oleh penetrasi jari, benda, dan penis karena kekerasan seksual sangat khas lokasinya dibanding trauma karena jatuh atau terbentur benda (GAMBAR 2a,b,c). Trauma koital mengakibatkan robekan posterior, transeksi dan avulsi jaringan *hymen* antara jam 3.00 dan jam 9.00²¹. Sobekan yang dalam antara jam 5.00 dan 7.00 umumnya terjadi sesudah penetrasi penis, yang kadang meluas ke *fourchette* posterior. Penetrasi jari atau benda ke vagina anak biasanya dilakukan dari depan badan anak, mengakibatkan injuri anterior, antara jam 9.00 dan 3.00.²¹ Pencabul perempuan yang mencabuli anak perempuan berulang-ulang/kronis mengakibatkan menipisnya *hymen* pada vagina anak, biasanya unilateral karena jari yang dipakai untuk penetrasi hampir selalu sisi tangan yang sama. Pencabul laki-laki dengan penetrasi penis ke vagina mengakibatkan injuri *hymen* posterior antara jam 3.00 dan 9.00, disertai *crithema*.²¹ Trauma pada genital karena jatuh berbeda dengan pada pencabulan. Jatuh biasanya pada permukaan keras, distribusi kekuatan jatuh terjadi pada daerah kartilago atau tulang, sehingga memar biasanya terjadi pada daerah anterior/atas kemaluan di mana pubis symphysis terletak. Memar ini biasanya tidak terisolasi tapi meluas di superior area vagina²¹ (GAMBAR 2).



GAMBAR 1. Posisi pemeriksaan vagina (a) dan anus (b) anak (digambar kembali dari Botash, 2000).¹⁹



GAMBAR 2 (a) trauma vagina pada penetrasi digital dari depan (b) penetrasi penis; dan (c) jatuh mengangkang (*straddle*) (digambar kembali dari Steinberg dan Westhoff, 1988: 254-256)²¹; dan (d) penetrasi digital dari samping
Daerah yang diarsir gelap menunjukkan lokasi trauma

Selain trauma seperti yang dilukiskan pada GAMBAR 2, TABEL 2 memuat simtom-simtom klinis pencabulan.

TABEL 2. -Simtom klinis *child sexual abuse*^{2,7,8,10,15,17,19,21}.

1. berkembang problem kesehatan yang tak dapat diterangkan: sering pusing, sakit perut, sakit otot dan tulang (psikosomatik).
2. menunjukkan simtom seperti kehamilan
3. mengeluh sakit pada waktu buang air kecil, dan vagina atau penis memerah
4. terdapat simtom infeksi genital: berbau
5. simtom ke arah bukti trauma fisik: abrasi atau lesi di daerah genital
6. mengalami kehilangan nafsu makan, atau mual dan ingin muntah tanpa alasan
7. sakit dan berdarah pada waktu buang air besar karena luka fisura pada anus
8. dilatasi anus
9. enkopresis sebagai kemungkinan perkosaan anal
10. enuresis sebagai kemungkinan simtom regresi, overeksitasi, atau ketakutan yang berhubungan dengan *sexual abuse*
11. penipisan *hymen* (selaput dara) pada kasus manipulasi digital vagina
12. pembesaran liang vagina pada kasus digitasi vagina

Simtom klinis *child sexual abuse* pada TABEL 2 prominen pada kasus pencabulan kronis, sedangkan pada CSA akut, robekan *hymen*, perdarahan dan eritema umum dijumpai.

SIMTOM PSIKOLOGIS *CHILD SEXUAL ABUSE*

Anak-anak belum sempurna perkembangan emosi, kognisi, sosial, fisik, dan mentalnya²². Karena masih dalam tahap pertumbuhan dan perkembangan inilah, anak belum dapat memahami moralitas seksual, serta norma dan nilai sosial aktivitas seksual. Namun, bila mereka dicabuli, mereka mampu merasakan hal-hal sebagai berikut: marah, takut, sedih, mual, risih, memberontak, merasa aneh, menolak, dan tidak berdaya.^{2,7,9,10,11,12,18} Anak-anak yang menderita CSA kronis seringkali mengalami kombinasi simtom psikologis seperti tertera pada TABEL 3, yang merupakan kompilasi berbagai penelitian.^{2,7,8,9,10,11,12,18}

TABEL 3. -Simtom psikologis *child sexual abuse* kronis

1. mimpi buruk yang muncul dalam bentuk kekerasan misalnya: dimakan harimau, dimakan laba-laba besar, di kejar-kejar raksasa.
2. sering tiba-tiba marah tanpa sebab yang berarti dan tiba-tiba bicara sangat keras
3. berteriak-teriak dalam mimpinya: jangan, tidak mau, tidak enak, aku nggak mau dipaksa. Hal ini seringkali disertai dengan menendang-nendang sangat keras sembari merapatkan kedua paha untuk melindungi alat kelaminnya.
4. mengalami regresi (kemunduran) pertumbuhan: kadang-kadang bertingkah-laku seolah-olah kembali menjadi bayi/ sebagai anak yang lebih kecil, membuat suara seperti bayi, dan mengompol
5. seringkali berperilaku ganjil seperti menunjukkan gerakan orang yang akan bercumbu
6. kadang-kadang memegang alat kelaminnya
7. sangat ingin dilindungi pada waktu akan tidur atau menolak berangkat tidur
8. tiba-tiba sangat ketakutan berada di salah satu bagian rumah, seolah-olah telah mengalami kejadian buruk di tempat tersebut
9. terbangun tidur tengah malam berkeringat, gemetaran dan berteriak-teriak
10. masturbasi
11. sangat agresif terhadap anggota keluarga, teman, mainan, atau binatang peliharaan
12. mengalami periode panik yang tak bisa diterangkan sebabnya, yang kemungkinan karena ingatan masa lalu akan pencabulan yang dialami
13. tiba-tiba menolak sendirian dengan orang yang ia kenal, inginnya ada lebih dari 2 orang berada di sekitarnya
14. melukai diri sendiri: misalnya dengan benda tajam/tumpul dan melukai orang tuanya
15. tiba-tiba menarik diri dari aktivitas kelompok yang tadinya sangat senang bermain
16. menanyakan banyak pertanyaan mengenai seks (terutama pada anak 7 tahun dan 7 tahun ke atas)
17. tiba-tiba tidak berprestasi di sekolah atau tidak ingin ke sekolah, sesuatu yang tidak pernah terjadi sebelumnya
18. berkembang rasa takut yang tak dapat diterangkan mengenai pria dan wanita. Misalnya, takut pada kumis laki-laki, takut pada wanita yang mengenakan pakaian tidak biasa
19. tiba-tiba meminta supaya semua pintu dikunci atau tindakan pengamanan lain, dan bertanya tentang perlindungan untuk dirinya
20. mengekspresikan pikiran tentang kematian, atau pikiran tentang bunuh diri
21. berkembang rasa takut yang ekstrem pada waktu akan mandi, atau akan ke belakang, saat ia harus membuka pakaiannya
22. bila bermain boneka akan terus menerus membuka pakaian bonekanya
23. menjadi sangat tergantung pada orang tuanya padahal sebelumnya lebih mandiri

Bila berbagai simtom psikis ini muncul sebagai perubahan yang dramatis dari perilaku normal anak

dan perilaku barunya sangat *compulsive/obsessive*, ini merupakan kunci diagnosis *child sexual abuse* secara psikologis.

Pengelolaan Anak CSA

Psikolog, psikiater, ahli kebidanan dan kandungan, dan dokter anak sangat kompeten dalam menangani masalah CSA. Kerjasama para pekerja medis ini, ditambah polisi penyidik mampu melahirkan sebuah pusat pelayanan bagi anak-anak yang mengalami pencabulan. Secara klinis, ahli kebidanan dan kandungan menentukan *hymen* yang rusak pada anak-anak. *Hymen* yang rusak ini bisa tumbuh kembali seiring pencapaian usia dewasa. Yang lebih penting untuk dikelola adalah penyembuhan psikologis supaya pertumbuhan dan perkembangan anak (kognitif, sosial, fisik, religi, dan mental) berjalan normal. Ditinjau dari sudut pandang psikologi, sebagian anak *resilience* (fleksibel/elastis ingatannya), sebagian rigid. Yang kita pertanyakan, apakah anak yang mengalami CSA perlu mendapat terapi psikologis atau tidak? Apakah lebih efektif diberi terapi untuk meringankan beban kemarahan dan kesedihannya karena telah mengalami pemaksaan, dominasi, dan ketakutan? Ataukah dibiarkan agar ingatannya akan trauma CSA bisa terhapus dengan sendirinya? Para ahli menyatakan bahwa ingatan akan lekat, meskipun pada anak-anak dan ingatan buruk yang dipendam suatu saat bisa muncul lagi.^{21,23}

Bila trauma psikis diidentifikasi etiologinya sedini mungkin dan terapi dilakukan dengan mengungkapkan ingatan buruk secara bertahap, trauma tidak mengendap dan beban jangka panjang lebih ringan serta penyembuhan bisa dimungkinkan. Pengelolaan CSA secara psikologis bisa dilakukan dengan menggambar dan bermain yang terprogram, karena anak mempunyai kesempatan untuk mengekspresikan, mendiskusikan, dan membuang secara bertahap trauma yang dialaminya. Pengelolaan psikologis ini terus dilanjutkan sampai simtom-simtom CSA berkurang dan hilang, sesuai dengan anamnesis yang didiskusikan dengan orang tua anak. Yang penting, jangan menginterogasi si anak, tetapi biarkan anak bercerita sendiri sedikit demi sedikit.

Prognosis CSA tergantung pada 3 substansi:

- 1) hubungan antara pencabul dengan anak baik atau

buruk; 2) kejadian sangat traumatis, 3) bentuk ancaman/paksaan. Selain itu, prognosis CSA juga berhubungan dengan umur anak. Anak usia 7 tahun (*age of reason*) sudah bisa membedakan fantasi dan realitas, sedangkan anak di bawah umur 7 tahun masih banyak mengalami perasaan ambivalen, sulit membedakan imajinasi dan kenyataan. Prognosis bagi anak usia 3-5 tahun lebih baik daripada anak 7-10 tahun. Berbeda dengan psikoterapi klasik yang neutral dan berorientasi pada pandangan terapis, CSA memerlukan psikoterapi intervensi, bervariasi, fleksibel dan komprehensif. Pengelolaan intensif pascatrauma bisa berlangsung 6-8 minggu, bahkan 12 minggu².

Pengelolaan anak pascatrauma CSA: bagaimana mencegah anak marah tiba-tiba (*angry outburst*)

Simtom yang paling sulit diatasi oleh orang tua pascatrauma CSA adalah *angry outburst*. Bila *angry outburst* tidak segera diatasi, timbul kekerasan karena kemarahan anak yang sangat luar biasa, dan umumnya orang tua yang menjadi sasaran utama kekerasan ini. Mengapa? Karena kemampuan kognitif anak baru sampai tahap bahwa orang tuanya dianggap serba tahu yang merupakan tempat bertanya semua rasa ingin tahu anak. Asumsi inilah yang dipakai anak untuk berpikir bahwa orang tuanya mungkin tahu tapi membiarkannya. Kemarahan anak pascatrauma CSA yang menjadikan orang tua sebagai sasaran juga karena anak merasa aman menumpahkan amarahnya ke orang tuanya. TABEL 4 adalah panduan umum untuk mengelola *angry outburst* (amuk tiba-tiba).

TABEL 4. -Pedoman pengelolaan amuk tiba-tiba pascatrauma pencabulan

1. sedapat mungkin hindari tempat umum pada minggu-minggu awal sesudah *disclosure*
2. biasanya anak bisa menahan marah di sekolah
3. jangan terburu-buru bila akan mengajak anak pergi
4. usahakan serutin mungkin dalam kegiatan sehari-hari
5. bicarakan sehari sebelumnya, rencana esok bagi anak
6. ketika anak menunjukkan amarahnya ke orang tua/ temannya, katakan bahwa itu keliru, dan arahkan untuk mengalihkan rasa marah ke kegiatan yang produktif. Kegiatan ini antara lain: menggambar perasaannya, mencoret-coret/menggantung foto pencabul, menulis surat ke pencabul untuk menyampaikan

kemarahannya, atau bermain boneka dengan salah satu boneka berperan sebagai pencabul yang menjadi sasaran kemarahan anak. Amarah ini harus disalurkan ke kegiatan yang produktif.

7. Biasanya, bila anak ingat trauma seksual yang dialami (*trauma bond*), ia akan menjadi sangat marah dan suka memerintah. Ini adalah kompensasi dari kehilangan integritas badannya, rasa tidak berdaya, dan rasa kehilangan kontrol atas dirinya. Jangan menuruti perintah-perintah anak, karena sebenarnya anak menginginkan orang tuanya sebagai "pengontrol" yang mampu mengatasi ketidakberdayaan dirinya.
8. Terhadap amarah yang tiba-tiba muncul, kenali bentuk kemarahan tersebut: 1) apakah menirukan tutur kata dan perilaku pencabul, 2) reaksi terhadap pencabul, atau 3) tidak berhubungan dengan keduanya. Hal ini berguna agar orang tua tetap mendisiplinkan anak bila kemarahan tidak berhubungan dengan keduanya.
9. Kenali apa pemicu kemarahan tiba-tiba anak: apakah ketika bangun tidur, mau mandi dan membuka baju, akan tidur, atau capai. Ubah jadwal yang bisa memicu kemarahan anak. Katakan pada anak bahwa ada anak lain yang mengalami trauma yang sama.

Amuk tiba-tiba pascatrauma CSA bisa berjalan sampai dengan 3 jam tiap siklus sehingga sangat melelahkan. Pengelolaan amuk tiba-tiba ini perlu dengan cara menyalurkan energi marah melalui produksi seni rupa atau bermain, misalnya menggambar, bermain boneka, atau memukul benda lunak di bawah supervisi psikolog/psikiater anak.²⁴ Penyembuhan korban CSA memakan waktu panjang, dan tidak linear tetapi terjadi dalam beberapa siklus. Tiap siklus proses penyembuhan memiliki 4 tahapan: ekspose luka, keberanian menghadapi luka, eksternalisasi luka, dan penyembuhan luka.⁹ Tahapan penyembuhan menurut ahli lain²³ adalah: menghadapi kebenaran, mengeluarkan kemarahan, konfrontasi fakta dan perasaan, memperbaiki hubungan interpersonal, penemuan diri, pemeliharaan diri, dan memaafkan diri.

Bagaimana mengurangi ruang gerak pencabul mencabuli anak-anak?

Kelemahan sistem hukum di Indonesia adalah bahwa korban pencabulan anak di bawah umur harus bersaksi di pengadilan sehingga membuka kembali trauma psikis anak, bila proses hukum dilakukan. Hal ini menyebabkan reviktimisasi karena anak pascatrauma pencabulan akan membentengi diri dengan berusaha melupakan kejadiannya, seperti dilaporkan²⁴ bahwa anak-anak yang ditanya akan menjawab: "I don't want to remember". Lagipula, secara kognitif, pertumbuhan anak belum

sempurna dalam pemahaman tentang waktu, kejadian, frekuensi kejadian, dan sebagainya, sehingga kesaksian anak bisa rancu. Oleh karena itu, laporan tertulis simptom-simptom fisik dan psikis yang timbul pada anak sebagai akibat pencabulan seharusnya sudah merupakan bukti kuat. Untuk mengurangi ruang gerak pencabul mencabuli anak-anak, Indonesia perlu melangkah maju ke dalam tahap pengumpulan bukti ilmiah seperti ini. Di negara-negara maju, kesaksian anak bisa diwakilkan kepada psikolog yang merawatnya, atau dalam suasana informal melalui rekaman video (tidak di pengadilan) demi menghindari trauma psikis yang lebih parah. Di Amerika foto pencabul terpampang besar-besarnya di kawasan tempat ia tinggal dengan tulisan: hati-hati, pencabul, pemerkosa! (*beware: sex offender, molester!*), sehingga para orang tua waspada terhadapnya.

SIMPULAN

Efek klinis pencabulan anak meliputi: perdarahan, infeksi, kerusakan (penipisan, ruptur) *hymen*, laserasi, dilatasi vagina dan anus, dan fisur pada anus. Kemampuan kognitif anak mengenai aktivitas seksual berada di luar jangkauan sehingga efek psikologis pencabulan terhadap anak sangat parah dan berjangka panjang. Efek psikologis ini meliputi kecemasan, kemarahan, ketakutan, kehilangan integritas badan, kehilangan kemampuan mempertahankan diri, rasa tidak berdaya yang memicu ke kelainan psikopathologi lanjut.

SARAN

Perlu dilakukan penelitian dengan mengumpulkan data pencabul di penjara, catatan medis & psikologis korban CSA, dan pendirian pusat pelayanan CSA. Perlu ditambahkan satu ayat pada pasal 290 KUHP Republik Indonesia¹, agar kesaksian anak korban pencabulan cukup diwakili psikolog/psikiater dan laporan medis obstetrik dan gynecologi. Distribusi pengetahuan dan kesadaran tentang simptom klinis dan psikologis pencabulan, karakter pencabul, dan sanksi hukum perlu dimulai dari kalangan kedokteran sebagai ujung tombak pemeriksa fisik dan psikologis korban pencabulan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kepada JFK atas pengadaan referensi untuk artikel ini. Terima kasih juga kepada psikiater pediatrik Dr. Arnie Kirchner di Boston dan Dr. Maria Sauzier di Medical School, Harvard University atas saran-saran mereka yang berguna untuk melengkapi artikel ini.

KEPUSTAKAAN

1. KUHAP dan KUHP. Cetakan ketiga, Jakarta: Sinar Grafika Offset, 2000.
2. Sauzier M. Emergencies II: Sexual abuse and rape in childhood. In: Robson KS, editor. Manual of Clinical Children and Adolescent Psychiatry. America: American Psychiatric Press, 1994: 283-311.
3. van Dam C. Identifying Child Molesters: Preventing Child Sexual Abuse by Recognizing the Patterns of the Offenders. New York: The Haworth Matreatment and Trauma Press, 2001.
4. Kleven S. The right touch: A Read-aloud Story to Help Prevent Child Sexual Abuse. Bellevue: Illumination Arts, Publishing Company, Inc., 1997.
5. Hart-Rossi J. Protect your child from sexual abuse: A parent's guide. Seattle: Parenting Press, Inc., 1984.
6. Kraizer S. The safe child book. A common sense approach to protecting children and teaching children to protect themselves for children from 3 to 16. Fireside, New York: Rockefeller Center, 1996.
7. Fergusson DM and Mullen PE. Childhood Sexual Abuse: An Evidence Based Perspective, Thousand Oaks: Sage Publication, Inc., 1999.
8. Faller KC. Child sexual abuse. An interdisciplinary manual for diagnosis, case management, and treatment. New York: Columbia University Press, 1988.
9. Kritsberg W. The invisible wound. A new approach to healing childhood sexual abuse. Universe. com, Inc., Lincoln, 2000.
10. Ferrara FF. The invisible wound: Developmental effects across the lifespan, Pacific Grove, 2002.
11. Kehoe P. Something happened and I'm scarred to tell. A book for young victims of abuse. Seattle: Parenting Press, Inc., 1987.
12. Kearney RT. Caring for sexually abused children. A handbook for families and churches. Downer Grove: Intervarsity Press, 2001.
13. Jones PHJ. Interviewing the sexually abused child. investigation of suspected abuse. Colorado: Gaskell Royal College of Psychiatrists, 1992.
14. Osmond M, Durham D, Leggett A. and Keating J. Treating the aftermath of sexual abuse. A Handbook for working with children in care. Washington DC: CWLA Press, 1998.
15. Sgroi SM. Handbook of Clinical intervention in child sexual abuse. Lexington Books, Lexington: DC Heath and Company, 1982.

16. Lim LE, Yap AK, Ong SH, Chan AOM. The sexual habits of males who molest. *Medicine, science, and the law* 1999; 40(4):301-304 (The official journal of the British Academy of Forensic Sciences).
17. Porter FS, Blick LC, and Sgroi SM. Treatment of the sexually abused child. In Sgroi SM, editor: *Handbook of clinical intervention in child sexual abuse*. Lexington: Lexington Books, 1982: 109-46.
18. Hagans KB and Case J. *When your child has been molested: A parent's guide to healing and recovery*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1998.
19. Botash AS. *Evaluating child sexual abuse: Education manual for medical professionals*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2000.
20. Adams C and Fay J. *Helping your child recover from sexual abuse*. Seattle: University of Washington Press, 1992.
21. Steinberg M and Westhoff M. Behavioral characteristics and physical findings: a medical perspective. In Faller KC, editor: *Child Sexual Abuse: An Interdisciplinary Manual for Diagnosis, Case Management, and Treatment*. New York: Columbia University Press, 1988: 244-64.
22. Boyd, E. *Origins of The Study of Human Growth*. University of Oregon. Oregon: Health Sciences Center Foundation, 1980.
23. Engel B. *The Right to Innocence. Healing the Trauma of Childhood Sexual Abuse*. Los Angeles: Ballantine Books, 1989.
24. Murphy J, editor. *Art Therapy with Young Survivors of Sexual Abuse: Lost for Words*. East Sussex: Brunner-Routledge, 2001.

